

08-18

左主気管支原発のLCNECに対して左主気管支管状切除術を施行した1例

松江赤十字病院 呼吸器外科¹⁾、松江赤十字病院 呼吸器内科²⁾○磯和 理貴¹⁾、坂口 泰人¹⁾、武田 賢一²⁾、
徳安 宏和²⁾

67歳男性。咳、痰を主訴に他院を受診し、CTで左主気管支内に腫瘍影を指摘され、当院呼吸器内科を紹介受診した。気管支鏡検査で左主気管支をほぼ閉塞する腫瘍が認められ、生検でLCNECと診断された。FDG-PET検査で、左主気管支の病変部以外にはFDGの異常集積は認められず、気管支原発と考えられた。全身麻酔下で半導体レーザーによる腫瘍焼灼術を行い、左主気管支の閉塞を解除した後、CDDP+VP-16による全身化学療法を2サイクル行った。化学療法施行前にはFDGの集積はSUVmaxが11.42であったが、施行後には4.48と低下し、治療効果が認められたが、腫瘍は残存しており、手術を施行した。後側方切開第4肋間開胸で、腫瘍と一塊として4センチ長の気管支を切除した。上肺静脈、下肺静脈周囲の心膜を切開し、左肺全体を十分に授動した。中枢側の切離端は分岐部から2軟骨輪残し、3-0パイクリルでテレスコープ吻合を行った。心膜周囲脂肪織を有茎性に採取し、吻合部を被覆した。手術当日の深夜に以前より内服コントロールされていた冠攣縮性狭心症発作を併発したが、一過性であった。その他は合併症なく経過した。

08-20

血栓性素因を伴った四肢血管閉塞症18例の検討

水戸赤十字病院 外科

○内田 智夫、佐久間 正祥、竹中 能文、古内 孝幸、
佐藤 宏喜、捨田利 外茂夫、清水 芳政、原 仁司、
清島 亮

【はじめに】AT3、プロテインC、プロテインS、プラスミノーゲン欠乏または抗カルジオリピン抗体陽性を伴った四肢血管閉塞症の背景を検討した。

【対象】1993年より2009年の間に当院で診療した血栓性素因を伴った四肢血管閉塞症18例。

【結果】男性8例、女性10例。年齢16～81歳（平均42.4歳）。AT3欠乏5例、プロテインC欠乏4例、プロテインS欠乏4例、抗カルジオリピン抗体陽性4例、プラスミノーゲン欠乏1例。静脈血栓症は同時期に診療した深部静脈血栓症379例のうち13例（3.4%）であった。その閉塞部位は左上肢1例、右下肢5例、左下肢4例、両側下肢3例であった。動脈血栓症は同時期に診療した閉塞性動脈硬化症や血管炎などの四肢動脈閉塞症712例のうち5例（0.7%）のみであった。その閉塞部位は腹部大動脈1例、左下肢2例、右下肢1例、両側下肢1例であった。先天性血栓性素因が確実で、さらに明らかに家族歴があるものはAT3欠乏の3例のみであった。ネフローゼ症候群に伴う二次性のプロテインC欠乏が1例あった。他院で診療していたが見過ごされていたと思われるものが3例あった。現在当院で診療している6例（AT3欠乏2例、プロテインC欠乏2例、プロテインS欠乏2例）は全例ワーファリンを継続しているが、現在のところ血栓症の再発はない。

【まとめ】まれではあるが特に若年者の血栓症では、血栓性素因が関与していることがあり注意が必要である。血栓性素因がある場合は、患者に十分な説明を行うとともに長期にわたる経過観察が必要と思われる。家族の詳細な病歴の聴取や血液検査を行うことが望ましいが、実際に協力が得られたものは一部であった。

08-19

外傷性肺嚢胞の管理に分離肺換気が有効であった1例

さいたま赤十字病院 救急医学科

○熊谷 純一郎、清水 敬樹、田口 茂正、早川 桂、
岡野 尚弘、矢野 博子、鈴木 聖也、
勅使河原 勝伸、横手 龍清田 和也

【症例】10代の男性。バイク運転中に乗用車と衝突して当センターへ搬送された。左胸部皮下気腫を認め、胸腔ドレーンを挿入し脱気、血性排液を認めた。胸部CTでは左肺挫傷、外傷性肺嚢胞を認め、気管挿管を施行した。ICU入室後に血痰を認めたため健側肺保護目的にダブルルーマン気管チューブに交換した。しかし血痰は少量であり両肺換気とした。第2病日に左肺からの大量血痰を認め左気管支カフを膨らませ、分離肺換気とした。第4病日に気管支鏡検査を施行し、左下葉枝に血性痰の付着を認めたが、活動性の出血は認めなかった。左上葉は異常を認めなかった。止血されていると判断し、シングルルーマンチューブへ変更した。変更後は痰の吸引も容易となり、酸素化改善しウィーニングを進めた。第5病日に、再度気管支鏡検査を施行し、左下葉枝に血性痰の付着を認めたが活動性の出血は認められなかった。ウィーニングを進めて同日抜管した。第7病日には酸素投与中止。第12病日のCTで肺嚢胞は縮小した。第14病日退院し、第41病日のCTでは肺嚢胞は改善していた。

【考察】当施設では外傷性肺嚢胞に対しては、多発外傷では分離肺換気を原則として施行している。しかし、本症例の如く胸部単独外傷ではその適応に苦慮する。血痰を認めれば実施するが、血痰を認めていない場合には議論が生じる。血痰から大量喀血への進行は数分単位で進行することもあり、予防的に分離しておかないと健側肺を保護できない場合が多い。逆に分離肺換気のデメリットは吸痰が行いにくいことによる無気肺である。以上から、我々は原則として分離肺換気を施行する方針をとっている。

【結語】外傷性肺嚢胞に対して早期の分離肺換気導入の決断が奏功した。

08-21

重症心不全に対するstaged therapy

京都第二赤十字病院 心臓血管外科

○村上 克宏、東 理人、川尻 英長、笹生 正樹、
三宅 武史、高 英成

厚生省の心臓移植適応ガイドラインでは、年齢が59歳以下に限定されており60歳以上の症例に対しては適応外とされている。今回われわれは陳旧性心筋梗塞、僧帽弁閉鎖不全症による重症心不全に対して外科的に僧帽弁置換術、三尖弁形成術を施行し、術後8日目にCRT-D施行、心機能改善し治療に成功した1例を経験したので報告する。

症例は74歳男性。2005年以降、冠動脈三枝病変にて複数回のステント治療が行なわれたが、左冠動脈領域の心筋梗塞合併し低左心機能、慢性心不全状態となった。経過中心不全の急性増悪を繰り返し、また僧帽弁閉鎖不全症の増悪に伴い内科的治療が困難となったため当科紹介となる。人工呼吸器管理、強心剤の投与、IABPの導入などで急性心不全が改善した入院26日目に手術施行となった。手術は人工心肺を使用し僧帽弁置換術（Mosaic 31M）、三尖弁形成術（MC）を行った。術後IABPは離脱しえたが、強心剤の減量、人工呼吸器離脱は困難であった。術前より両心室のdissynchronyを認めていたため循環器内科コンサルトし術後8日目にCRT-Dの植え込みを行ない、両心室ペーシング管理とした。以後強心剤の減量を行ない、人工呼吸器も離脱しえた。現在一般病棟にてリハビリテーションを行なっている。